Medical Services Update

BG-00.001
January 11, 2000

The Report

One year ago, Gen. Maurice Baril, the Chief of the Defence Staff, directed a thorough review of the Canadian Forces Medical Services (CFMS) and asked for recommendations on how to improve in-garrison health care. The review did not look at medical matters relating to the Reserves, health care support on operation or CF dental services.

The focus of the Chief Review Services study was limited because of time constraints, and an understanding that many of the issues that cause problems for in-garrison care also affect and are very much affected by those areas not specific studied. For example, without finding ways to recruit or retain more persons in under-subscribed occupations such as medical officers and medical assistants, the quality of in-garrison care (including support to Reservists) will continue to suffer. This will adversely affect medical support to operations as well, since there will be fewer health care practitioners available for overseas tours, thereby further drawin down on already scarce uniformed medical resources in Canada.

The review was briefed to the Minister and senior leadership in DND and an accompanying Action Plan approved.

"Improving the military health care system is of critical importance and my top quality of life priority this year," said Minister Art Eggleton.

"With the presentation of the third and final interim report by the Sharpe Board Inquiry in December, both the CDS and I indicated that major initiatives on the health care front would be announced early in the new year, " he continued. "The institutional and administrative reforms made public last week are the result of various studies, reviews, and hard work that began even before the Sharpe Board began its deliberations. As we have said before, the recommendations of the Boar final report will be studied in concert with other activities underway with the aim establishing the best health care network possible within our available resources."

The full report and an executive summary of the Chief Review Services, *Review of t Canadian Forces Medical Services* are available on the Internet at

www.dnd.ca/hr/medservices or the Intranet at http://hr.d-ndhq.dnd.ca/medservi

Remarks by the CDS

For some time now, it has been clear to all the senior leadership of the Canadian Forces, including myself, that the military health care system was unwell and that something needed to be done to make it better. Accordingly, in January of last ye I asked that DND's corporate internal review organization examine the current st of health of the CFMS to find out what was going right and what was going wron and to deliver an Action Plan to better the situation.

The overall quality of the medical treatment we receive is an important and emoti aspect of military life – perhaps as much or even more so than issues of pay – sin the positive or negative health effects of our service remain with us and our famili long after we leave the military. The priority in this campaign has to be improving continuity of care for all CF members. I have been personally engaged in this effo for some time now and will continue to be directly involved to see that the situati continues to show improvement.

Let me make clear one important point: I am very satisfied with the professionalis and clinical competence of the military health care providers. If we had enough o them to go around and a sound command and control structure within which the could work, we wouldn't have a problem. You should not think that the requirement for the special measures now being undertaken to expedite change in CFMS is the fault of the CF medical community. I am consistently impressed wit the overall professional skill and dedication to patient care among uniformed practitioners. This is a branch that cares passionately about providing high-quality health care to its clientele both in garrison and on operations.

The military medical community has come under significant scrutiny and in my mind, undeserved criticism in recent years from a number of quarters. Unfortunately, some of the commentary has served to unnecessarily cause concer among some members about health issues by avoiding context in favour of sensationalism. As part of our Action Plan, we will be putting more emphasis on communicating medical issues to CF members and looking to more effectively de with your health questions and concerns.

We've conducted a thorough analysis of the major deficiencies in the current CF and have determined an appropriate course of action to address those weaknesses This is a complex undertaking, with many linkages and interdependencies with various civilian health care systems, but we have found that many of the more important improvements we can implement ourselves.

We will continue to improve the health care situation by consolidating our succes to date, moving with a greater sense of urgency on the reforms presently underwa and fast-tracking the new approaches agreed to by the senior leadership. And one the main efforts needs to be improving the work conditions for our medical practitioners – taking better care of our caregivers – if we hope to recruit and reta more uniformed medical personnel, both Regular and Reserve.

Canadian soldiers, sailors, airmen and airwomen invest an awful lot of themselves for service to country, sometimes paying with their very lives. If we send healthy people to missions and they come back unwell, then appropriate health care supp must be made available. That is not just our legal obligation, but more importantl our moral obligation to see that it is so.

The demands on our health care system have changed significantly and the militar medical services (as well as the thinking of the chain of command) must evolve to respond to those changing needs. We have introduced a number of initiatives recently that have greatly improved support to CF casualties, be they physical or mental. We can do more and will do more, so watch for some major changes in t military medical world over the course of the next several months.

It's the Law

Did you know that the CF is *legally* responsible to ensure medical care is provided its full-time personnel? First, the Constitution Act of 1867 puts responsibility on t federal government for defence matters, of which health care to CF members is o element. Then, the National Defence Act is DND's authority for the organizatio efficiency, administration and good government of the CF -- which includes providing medical care to its personnel.

Finally, the Canada Health Act sets out conditions that must be met before the federal government will provide money to provincial departments of health. As such, there is no one guaranteed "Canadian standard of health care" or level of service, and this standard varies among the 13 provinces and territories. The Cana Health Act, in fact, specifically *excludes* full-time CF members from the definition "insured persons" for whom health services are provided under provincial health care insurance plans. Of course, being healthy is directly linked to the readiness, effectiveness and efficiency of the military as a fighting force. And, as citizens, it i clear that CF members should have their health protected, promoted and restore in accordance with the principles of Canadian health care policy.

The "Principles of Health Care" document in the approved Action Plan specifical recognizes this responsibility and states that, "in conflict or peace, at home or abroad ... the Canadian Forces will provide a standard of care that meets the standard available to the majority of Canadians."

The Diagnosis

The impetus for the significant changes in the CFMS in the last 10 years began wi the 1990 Auditor General's report. Among other things, the report was critical of medical support system that it said had evolved to meet primarily peacetime need and not wartime requirements. This was an important report in that an external, independent review formally challenged the CF's ability to respond to operational demands.

Two years later, the military conducted its own analysis of the situation and confirmed the Auditor General's criticisms, noting that a shift to a more operationally focussed medical service had not yet occurred. About the same time

the effects of a series of deep budget cuts to DND that began in 1989 were beginning to hurt (forcing the reduction of six CF hospitals to three), and it soon became very clear that the way CF full-time medical and dental services were provided needed to change quickly and significantly. In 1994, a project known as *Phoenix* was born, with the aim of re-engineering medical services in the CF.

Up to that point, most CF medical care to full-time members was provided mainl by uniformed health care providers at active military hospitals that offered a wide range of services. Military medical units or personnel were dispatched on exercise overseas as required, from fully staffed hospitals. This capability was no longer affordable in a military in the throes of downsizing its force by a third.

Op Phoenix looked to continue providing a high standard of service but with a greater reliance on the civilian sector for the delivery of in-garrison care. The CF was structured into units to better support CF operations with military medical personnel providing in-garrison care on an as-required basis only. Uniformed medical staff were reduced from more than 3,000 to 1,800, and subsequently increased to more than 2,400 approved positions, with civilians backfilling as required.

The *Op Phoenix* initiative, though well conceived at the time, was not as successful expected for several reasons. First, while senior leadership acknowledged a need f change, a key document that would have provided a roadmap for the strategic direction was not formally approved.

More significantly, though, were the many and varied changes underway in societ and in the CF during that turbulent period. Most of the key assumptions on whic the *Op Phoenix* plan was based suddenly changed. Significant cuts to provincial he care budgets were not anticipated; the cost of using civilian sector health care proved to be higher than expected; the intake of students at medical schools dropped below that required to replace those leaving the profession; the demand medical services among Canadians increased more than expected; and rural areas where a large number of CF members are posted were particularly hard hit with a critical shortage of some specialist medical services.

At the same time, the operational tempo of the CF dramatically increased and budgets declined further. Larger numbers of medical staff served on multiple deployments. More deployments to increasingly difficult missions and theatres of operation also meant more CF casualties with a wider variety of injuries to treat. Environmental and occupational health issues became topical as media drew attention to a variety of medical stories, increasing the demand for services in tho fields. And, until the pay raise in 1999, medical practitioners earned significantly le in the military than they could in civilian practise. The result of the combined stresses is resulting in an unacceptably high attrition rate in some occupations, exacerbating the overall situation.

The Command and Control Problem ... and the Fix

One of the review's main findings is that providing medical services is hampered "a complex command and control structure." This means that the individual

responsible to coordinate the provision of in-garrison care does not actually contr most of the uniformed medical personnel needed to staff the base clinic or hospit Instead, because of the obvious need for strong support to operations, the majori of medical personnel belong to the CF Medical Group and environmental chiefs staff (the commanders of the army, navy and air force). Under the current system then, uniformed medical staff work primarily for units in support of operations overseas, pre- and post-deployment training, domestic taskings and unit exercises. They are also required to continuously upgrade their education. These multiple priorities often preclude medical staff from augmenting in-garrison health care facilities.

The result is that fewer and fewer military medical staff are available to support in garrison health care. While they do so whenever possible when the unit is not on operations or exercise, the demand for in-garrison health services does not significantly decrease even when a major unit is deployed. After all, those personn requiring care are left behind, placing a demand on the facility that now has even fewer uniformed medical staff available. Continuity of care suffers as a result.

The question of who controls the scarce medical resources is important and the present structure recognizes too many bosses. A decision to re-organize and place all health care resources under the command of a Director General Health Servic will allow more effective coordination of medical personnel and assignments.

While the Reserve Force medical components will retain their own command structure, they will be knitted into the Canadian Forces Medical Group and repor to the DGHS. Concentration of effort will be achieved through unity of comman similar to the Communications Reserve model. In addition, the DGHS will look t senior Reservist advisor in the medical branch for guidance in Reserve medical matters.

Where Military Medical Personnel Are

Maritime	Land	Air	CFMG	Other (in trg)	Reserves
110	723	304	917	265	approx. 1,200

Who's in Charge?

The Director General Health Services (DGHS), a brigadier general, is the senior health services manager and is responsible for health standards, doctrine, policies and the management of military health programs. This position is also assigned responsibility of Commander, Canadian Forces Medical Group (CFMG), which is the operational arm of the medical services. The Surgeon General is appointed as the senior advisor to the Chief of the Defence Staff and the CF on health service matters. Historically, a senior military health care physician has held all three positions at once.

The CF's senior leadership agreed with the Chief Review Service's recommendati that the Surgeon General needs to be a senior military physician, and that the

DGHS needs to be an experienced health care professional but not necessarily a physician. The situation in which a health care organization's top manager is not a doctor, is a practice commonly found in civilian hospitals.

Brig.-Gen Claude Auger, until recently the Surgeon General, Commander CFMG and DGHS, started the National Securities Studies Course at the Command and Staff College in Toronto, in January. A health care administration officer, Brig.-G Lise Mathieu (on promotion to that rank), will be the DGHS and Commander CFMG as of Jan. 24. A new Surgeon General will be announced shortly.

Spectrum of Care

The mandate of CFMS is to provide the health care support necessary to sustain multi-purpose, deployable, combat capable force across the full spectrum of milit scenarios. Figuring out what health care benefits Canadian Forces members shoul be entitled to is a challenge when there is not a single standard to act as a guide. I effect, the CFMS is the 14th health care system in the country and a complex one that: its clients located in dozens of locations from coast to coast and abroad. Perhaps not unexpectedly, CF personnel expect one standard – the best – regardl of where they are posted.

A CF standard known as the Spectrum of Health Care outlines the health care benefits and services, both medical and dental, that are provided at public expens to CF members and other eligible people. It also identifies those services and procedures that are not publicly funded. This document is available on the DND Internet and Intranet sites.

Anatomy of a Trade - the Preventive Medicine Technician

The PMedTech trade offers an interesting snapshot of the situation and challenge faced by some medical trades and several other occupations and classifications in CF.

For many years, we have been vigilant to minimize the effects of our training and operations on the environment. More recently, that focus has shifted to better understanding what potential dangers *to human health* are posed by environmental contamination. While public perception of the overall risk can be exaggerated, the is increasing concern of the health effects from exposures to unsafe or potentially unsafe soil, water and air during operations. That's where the PMedTechs come i whose job, simply put, is to prevent natural and man-made diseases.

The PMedTech trade was developed specifically for the military and has been fine tuned over several years to meet CF operational and in-garrison requirements. Th is no civilian equivalent that provides the complete range of services that PMedTechs do, including food, water quality assurance and facility inspections; occupational health (air quality, general safety); pest and vegetation control; communicable disease control; and immunization. They also generate valuable medical intelligence and prepare medical risk assessments for missions. These services, where available from civilian organizations, are expensive because several people each with different skill sets are required.

About a decade ago, about 90 PMedTechs provided services to bases, brigades, u and UN deployments in Cyprus and the Golan Heights. Since 1992, more than 1 PMedTechs each year have been deployed for full tours on operations overseas, rising to more than 20 in each of the last two years in various missions to the Balkans. They are an important component of the Disaster Assistance Response Team, which has already deployed twice, are an important part of recces for any new missions, and do shortened tours or visit "as required" to almost all of the 20 plus current missions. Of the 63 remaining PMedTechs, about a third of the trade deploys overseas at some point each year.

Like several other occupations, personnel cuts resulted in the top, most experienc NCOs opting to leave the CF rather than remuster. In a trade of 76 positions, the high international and domestic operational tempo has directly led to an unprecedented dozen-plus releases this past year, with several more expected in 2000.

The situation is similar for medical assistants, which acts as a feeder trade for PMedTechs and other specialist health service occupations like operating room technicians. The MedAs provide a significant proportion of first-and-second-line care and in-garrison support, numbering in excess of 1,100 personnel, accounting for more than half of the medical services positions. There is presently a shortfall about 300 MedAs and this shortfall is growing.

Is There a Doctor in the House?

The shortage of medical officers (MOs) in the CF is approaching critical levels, as the following table shows.

Number of Medical Officers in the Canadian Forces

Year	Capt		Maj		to s
	establishment	actual	establishment	actual	
1996	136	116	48	46	2
1997	100	92	51	37	2
1998	100	97	51	33	2
1999	100	80	51	37	3
2000	100	69	51	27	5
2001	100	57	51	17	7
2002	100	36	51	7	1

Attrition rates for MOs completing their obligatory service is running at about 75 80 per cent in each of the last four years. With no significant improvement in recruitment or retention, a shortfall of more than 70 per cent at the captain and major ranks is forecast within two years, a situation that would seriously affect the ability of the CF to provide sufficient medical support to its membership.

Number of Medical Officers Being Taken on Strength

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
27	41	15	20	24	22	10	12	8	4

There are only two ways to recruit uniformed MOs – pay their way through medi school, or attract them as licensed doctors. The cost of the former is about $300, a person for five years of schooling (and their salary) in return for four years of obligatory service. The CF has not been a particularly attractive option for direct-entry MOs. Recently, an $80,000 recruitment allowance was approved as an incentive for licensed doctors to join the CF. What the one-time bonus does is to least level the pay playing field between the CF and the alternatives for young doctors. We likely will not know until after the next group of medical students graduates if this is an effective incentive.

Health of the medical services occupations and trades

Not every occupation and trade in the CFMS is experiencing personnel shortages For some, it is more a matter of running sufficient numbers of training courses th finding willing applicants. With cuts to career and training courses Forces wide, money will need to be reinvested here to start producing new blood for certain medical trades.

Currently, the CFMS (Regular Force) is staffed with a sufficient number of specialists, health service operations officers, health care administrators, physiotherapists, pharmacists, bioscience officers, nursing officers, operating roo technicians, medical lab technicians, X-ray technicians, biomedical medicine technicians, aero-medical technicians, and health services technical managers. The CFMS is, however, short of medical officers, social workers, MedAs and PMedTechs. The situation is even worse in the Reserves, and is a priority of effor for correction by the Reserve Advisor to the DGHS.

ISSUES OF PARTICULAR NOTE IN THE CRS REPORT

Continuity of Care

Members expressed frustration when a doctor, unfamiliar with their case, spent most of the appointment time reading their patient file, with little or no time to think about next steps in a treatment plan. Continuity of care, or seeing one doct rather than "whoever happens to be on duty" is a more important issue for long-

term chronic ailments and less so for treatment of routine, non-critical medical conditions. Still, the Action Plan expects to improve continuity of care by moving a base clinic concept, staffed by a core full-time complement of civilian practition with CF medical personnel augmenting the clinic as available.

Temporary Medical Categories (TMC)

The medical category system is a way of specifying the minimum standards of medical fitness that must be met for personnel to serve in their respective occupations. Whether as a result of injury or illness, there are times in a member's career when it may be necessary to temporarily lower one or more of the six med assessment criteria below the minimum acceptable level for that occupation. Assigning a TMC takes the member away from the operational environment for or her own safety as well as that of the unit, and gives the member an opportunit to receive appropriate medical treatment and, ideally, recover to an acceptable lev of medical fitness.

The medical services study found that patient knowledge and awareness levels of TMCs was not high, that members are distrustful of the process because of possi effects on their careers, and those assigned a TMC often feel ostracized by their peers and sometimes their superiors. In addition, medical officers often felt press from commanding officers on decisions relating to TMCs. The study found COs want to do the right thing for the patient, but are frustrated with having to meet t operational mission with reduced resources.

The Action Plan assesses the TMC concept as sound, but requires improvements its administration. In addition, the review recommended that additional informati about TMCs be made available to all personnel.

Company Doctor or Patient Advocate?

Medical officers often face the fundamental dilemma of the sometimes competin interests of their patient and their employer. A poll conducted for the medical services review indicated that 85 per cent of MOs experienced silent and cultural pressures from the chain of command to take action that affected a CF member that was counter to the MO's recommendation. The result is that some members view visits to military medical practitioners as potentially career ending, fearing th condition or situation may lead to a medical review board and discharge under th Universality of Service policy.

In December, the CF senior leadership acknowledged that medical restrictions ca only be amended by a health care professional and that the Universality of Service policy was being applied in an overly strict manner, promising changes to the poli shortly. In addition, it was agreed that the *right of the chain of command to know information about a patient extends to knowing the employment limitations, the prognosis and t broad outlines of the treatment plan, but not the diagnosis.* For example, this means that Private Smith's CO only needs to know that Smith is restricted from lifting anythi more than 20 kilograms for two weeks, and that s/he will require physiotherapy

during that time.

Under the National Defence Act, commanding officers have a legal right to know any physical and mental health limitations of their personnel that may preclude th successful completion of the mission. After all, the chain of command is responsi for the health of CF members; the Director General Health Services is the agent through which health care is delivered.

The Action Plan acknowledges that CF health care providers have an inherent responsibility to their patients and to be dedicated patient advocates. They also ha a responsibility to inform commanding officers about employment restrictions on their personnel. A Canadian Forces Medical Order is being rewritten to clarify the circumstances under which medical and social work information can be disclosed COs, investigative bodies, lawyers, agencies assisting a member applying for a pension, and individuals, among others.

Medical Records Management

The mobility of the CF population, increases in operational deployments and the use of Reservists, difficulties in managing manual health records and the requirem to manage a standard quality of health care at all CF sites reinforces the need for state-of-the-art health information system for CFMS. In addition, the increased reliance on the civilian health care network means more and more of the day-to-d health care requirements are being provided outside the CF, yet military medical records are designated and handled as Protected B documents, something that is compatible with civilian practise.

Currently, a major information technology project is under development to addre this situation, and ways to address the confidentiality issues surrounding medical records handling are being explored.

CF 98

The CF 98 is the form that records an injury or onset of an illness brought about military duties, and is an important document required for pension claim purpose Sometimes the form is completed but not put on the member's medical file, is misfiled, lost, or not completed in the first place. A number of reasons explain w a CF 98 wasn't raised, and fear of costing the CF or the government more pensio claim money isn't one of them!

In many cases, the injury wasn't considered significant enough to justify raising a 98, or the onset of the illness was gradual, and not used as it would have been if t incident or event was traumatic. As a result of a number of such problems, recent

changes should make a big difference here. A revised CF 98, now in effect, no longer requires input from medical staff. Now, the member and his/her CO have joint responsibility to complete the form, which is then forwarded to the DND/Veterans Affairs Centre to be recorded in the event it is needed by the member in the future.

INITIATIVES UNDERWAY

CF Members Assistance Program

This toll-free 24/7 service provides psychological and emotional support to CF members and their families, with particular emphasis on assisting members who have been victims of harassment, sexual harassment or sexual assault. The CFMA is available to Regular Force/Primary Reservists and their families, and is available the Cadet Instructors Cadre, the Canadian Rangers and cadets when the issue is related to a military duty.

Operational Stress and Trauma Support Centres

Post-Deployment Regional Health Clincs

Last fall, OSTSCs were established at Halifax, Valcartier, Ottawa, Edmonton and Victoria to support individuals who were suffering from an illness or normal reactions to abnormal situations that were encountered on operations. Core servi are provided by the five personnel assigned to each Centre, including a psychiatris psychologist, social worker, mental health nurse and chaplain, with other expertis drawn on as required. In addition, Post-Deployment Regional Health Clinics, located at the same bases as the OSTSCs, diagnose and treat injuries that are a res of a domestic or international deployment. These are clinics of expertise to exami and treat ill veterans of the Gulf War.

Information Guide

In April, an information guide titled "Understanding and Accessing Your Health Care Benefits" will be made widely available to all full-time CF personnel. The gui is intended to outline the health care benefits and services that are publicly funde and provide guidance on accessing the care.

CF Health Identification Card

In April 2000, all full-time CF personnel will begin to be issued a personalized hea care identification card, which is expected to improve the consistency of administration and service that members receive under the various civilian health care systems in Canada.

While having a health card will improve access to care when directed by a CF

health/dental care coordinator, it does not give members the option to seek care wherever they choose. The CF will remain the primary care provider and direct access to civilian health care facilities when necessary. The exception to this rule i urgent or emergency situations when it is not practical or safe to seek care from a CF facility.

Reservists on Class C are *de facto* transferred to the Regular Force during their contract period and will also be issued a card. Other Reserve members (Class A a B) will not be issued cards, since they retain coverage within their home province under provincial health care plans. DND is only required to provide emergency c to these members, with the exception of Class B members over 180 days who are entitled to extended health benefits. This small group of CF members will be add to the system on an individual basis, where applicable. The issue of health care entitlements for Reservists is extremely complex and is one that will be subjected a thorough review as a priority by the Project Management Office before the plan fully implemented.

Health Information Line

A toll-free 24/7 number will be established in April 2000, providing access to heal care advice and general health information, including guidance on where and how access health care services. The telephone number will be displayed on the front the health card. This initiative should prevent those instances when a member arrives at a CF health care facility only to find that it is closed or it cannot provide the required service.

DND/VAC Centre

The DND/Veterans Affairs Canada Centre for the Support of Injured and Retire Members and their Families is the CF's main point of contact to learn of services, policies and information, and to obtain assistance about service injuries. The Centre's toll-free information service (1-800-883-6094) has logged thousands of c since its opening in April 1999. For more information, visit www.dnd.ca/hr/thecentre.

HIGHLIGHTS OF CHANGES TO COME

What Are The Likely Effects on the CF Member?

- primary care will depend increasingly on civilian contract physicians. This w result in improved stability of staff and lead to better continuity of care. Th CF cannot knit health care providers, though, and shortfalls will remain a concern with a move to a civilian health care system that is itself under increasing strain.
- clinic concept will be created that meets civilian medical accreditation standards, with a full-time manager, reception/appointment staff and medi records expertise. Clinics will be augmented by military staff when available
- better access to information about medical benefits, and where to access medical treatment.

- CF staff will help prepare the medical component of a member's applicatio to Veterans Affairs. Note that this service is still in the process of being established and is not presently available.
- members will be expected to take increased personal responsibility for their health. This means individuals must strive to achieve and maintain good health, report and seek medical attention for health concerns in a timely manner, be forthcoming when relating a medical condition, and participate actively in the development of their individual treatment plan.

What Are the Likely Effects on the Health Care Practitioner?

- Reserve and Regular Force health care personnel will join to form a unified health care team. This partnership will make better use of the Reservists' health care network and add needed depth and breadth to the current situation.
- centralizes ability to coordinate and control the delivery of health services.
- the CFMS is nothing without its clinicians. To recognize clinical expertise, t concept of two career paths will be examined, one to recognize clinicians f their experience and another for those who choose the more administrativ route.
- increases liaison with professional associations like Canadian College of Health Service Executives to create maintenance of competence opportunities at key Canadian health care centres.
- reassigns health care practitioners from areas of under-employment to area of greatest need.
- puts special focus on recruiting and retaining personnel on those occupatio which are critically short, including MOs, PMedTechs, MedAs and Social Workers.
- introduces nurse practitioners into in-garrison health delivery model.

What did the senior leadership commit to?

- endorsed the health care system reform and supports its immediate implementation.
- creating a Project Management Office with Regular and Reserve health services personnel and civilians to develop and implement the Action Plan. Provides resources to backfill the military health care practitioners selected the PMO, in order to maintain day-to-day levels of service.
- creating a medical service Senior Review Board, chaired by the CDS and Deputy Minister, to oversee change.
- conducting a functional review of CFMG to validate personnel requiremen
- calls for a study to determine the scope of the mental health problem in th CF and assigns resources to bridge the capability gap.

© Minister of Public Works and Government Services Canada

National Defence Défense nationale Canada

Mise à jour sur le service de santé

BG-00.001
Le 11 janvier 2000

Le Rapport

L'an dernier, le général Maurice Baril, Chef d'état-major de la Défense, a commandé la tenue d'un examen approfondi du Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) et a demandé des recommandations sur la façon d'améliorer les soins de santé en garnison. L'examen a laissé de côté les questions médicales concernant la Réserve, les services de santé offerts pendant les opérations ou le Service dentaire des FC.

La portée de l'examen réalisé par le Chef – Service d'examen était limitée à cause de contraintes de temps, mais bon nombre des facteurs responsables des problèmes éprouvés en garnison ont également une incidence sur les aspects des soins de santé exclus de l'examen et sont influencés par ces derniers. Par exemple, faute de trouver des moyens de recruter ou de conserver un plus grand nombre de personnes dans les groupes professionnels sous-exploités, comme ceux des médecins militaires et des adjoints médicaux, la qualité des soins offerts en garnison (ce qui englobe les services de soutien aux réservistes) continuera d'être minée. En revanche, cette situation aura un effet néfaste sur le soutien médical fourni pendant les opérations, car le nombre de professionnels de la santé pouvant être envoyés en affectation à l'étranger diminuera, ce qui épuisera encore davantage les ressources médicales déjà limitées des FC.

Les conclusions de l'examen ont été présentées au Ministre et à la haute direction du MDN, et le plan d'action proposé a été approuvé.

« L'amélioration du système de santé militaire est d'une importance capitale et constitue ma principale priorité cette année sur le plan de la qualité de vie », a affirmé le ministre Art Eggleton.

« Suite à la présentation du troisième et dernier rapport de la Commission d'enquête Sharpe en décembre, le CEMD et moi avons tous deux indiqué que de grands projets dans le domaine des soins de santé seraient annoncés au début de la nouvelle année », a poursuivi le Ministre. « Les réformes institutionnelles et administratives qui sont rendues publiques aujourd'hui sont le résultat des divers examens et

études et de l'exigeant travail qui ont débuté avant même que la Commission Sharpe n'entreprenne ses délibérations. Comme nous l'avons déjà dit, nous étudierons les recommandations formulées dans le dernier rapport de la Commission en même temps que d'autres activités en cours afin d'établir le meilleur réseau de soins de santé possible dans les limites des ressources disponibles. »

Le rapport complet ainsi qu'un sommaire exécutif du Chef – Service d'examen, l'*Examen du Service de santé des Forces canadiennes*, sont disponibles sur Internet (www.dnd.ca/hr/medservices) et sur l'intranet (http://hr.d-ndhq.dnd.ca/medservices).

Commentaires du CEMD

Depuis déjà un certain temps, tous les chefs supérieurs des Forces canadiennes, y compris moi-même, sont conscients du fait que le système de santé militaire laisse à désirer et qu'il faut faire quelque chose pour l'améliorer. C'est pourquoi, en janvier de l'an dernier, j'ai demandé à l'organisme d'examen interne du Ministère d'étudier l'état actuel du SSFC, de découvrir ce qui fonctionne bien et ce qui fait défaut et d'élaborer un plan d'action afin d'améliorer la situation.

La qualité de l'ensemble des traitements médicaux offerts aux membres des FC est une question délicate et un aspect important de la vie militaire (peut-être autant, sinon plus, que la question de la solde), car les conséquences d'une carrière militaire sur la santé des membres des FC continuent d'affecter ces derniers et leurs familles longtemps après la libération. L'amélioration de la continuité des soins pour tous les membres des FC doit être la priorité dans cette campagne. Je participe personnellement à cette entreprise depuis un certain temps déjà et je continuerai d'y contribuer directement pour veiller à ce que de nouvelles améliorations voient le jour continuellement.

Je tiens toutefois à souligner un point très important : je suis très satisfait du professionnalisme et de la compétence clinique des pourvoyeurs de soins de santé militaires. Si notre équipe de professionnels était plus nombreuse et si nous avions une solide structure de commandement et de contrôle, le problème ne se poserait pas. La collectivité médiale des FC n'est pas responsable du fait qu'il est nécessaire aujourd'hui d'entreprendre des mesures spéciales afin d'apporter des changements au SSFC. Je suis sans cesse impressionné par le professionnalisme et le dévouement envers les patients dont font preuve les professionnels de la santé des FC. Ces derniers ont profondément à cœur d'offrir à leur clientèle des soins de grande qualité, en garnison comme dans les opérations.

La collectivité médicale des FC a attiré beaucoup l'attention ces dernières années et, à mon avis, a fait l'objet d'une critique injustifiée dans un certain nombre de quartiers. Malheureusement, certains des commentaires qui ont été formulés ont inutilement suscité des

préoccupations chez les militaires au sujet de certaines questions de santé, ces commentaires ayant négligé le contexte au profit du sensationnalisme. Dans le cadre de notre plan d'action, nous mettrons davantage l'accent sur la transmission d'information aux militaires au sujet des questions médicales et nous chercherons des moyens de traiter plus efficacement les problèmes et les préoccupations en matière de santé.

Nous avons effectué une analyse approfondie des principales lacunes du SSFC actuel et déterminé les mesures à prendre pour y remédier. Il s'agit d'une entreprise complexe, qui suppose de nombreux liens et interdépendances avec divers systèmes de santé civils, mais nous nous sommes rendu compte que nous pouvions apporter nous-mêmes un grand nombre des solutions les plus importantes.

Nous continuerons à améliorer la situation des services de santé en unissant nos réussites, en mettant un plus grand empressement à faire avancer les réformes entreprises et en accélérant la mise en œuvre des nouvelles approches approuvées par les chefs supérieurs. Il faut notamment consacrer une grande partie de nos efforts à l'amélioration des conditions de travail de nos professionnels de la santé – autrement dit, mieux prendre soin de notre personnel soignant – si nous voulons recruter et conserver davantage de spécialistes de la santé dans les FC.

Les soldats, marins et aviateurs des Forces canadiennes s'investissent énormément dans leur travail et servent leur pays parfois en y laissant leur vie. Si les gens en santé que nous envoyons en mission reviennent dans un mauvais état, il est essentiel que des services de santé leur soient offerts. Il ne s'agit pas d'une simple obligation juridique, mais aussi – et surtout – d'un devoir moral.

Les exigences auxquelles doit répondre notre système de santé ont beaucoup changé, et les services médicaux des FC (ainsi que la façon de penser de la chaîne de commandement) doivent évoluer et être adaptés à ces nouveaux besoins. Nous avons lancé récemment un certain nombre d'initiatives qui ont permis d'améliorer considérablement le soutien offert aux militaires souffrant de blessures physiques ou de troubles mentaux. Nous sommes capables de faire plus, et nous le ferons. Attendez-vous donc à voir d'importants changements se produire au sein du Service de santé des FC au cours des mois à venir.

C'est prescrit par la loi

Saviez-vous que les FC sont *tenues par la loi* de s'assurer que des soins médicaux sont offerts à leurs membres? D'abord, la *Loi constitutionnelle* de 1867 stipule que le gouvernement fédéral est responsable des questions de défense, notamment des soins de santé prodigués aux membres des FC. À cela s'ajoute la *Loi sur la défense nationale*, qui désigne le MDN comme responsable de l'organisation, l'efficacité, l'administration et la saine gestion publique des FC – ce qui englobe la prestation de soins

médicaux aux militaires.

Enfin, la *Loi canadienne sur la santé* énonce dans quelles conditions le gouvernement fédéral transfère aux provinces les sommes destinées aux services de santé. De ce fait, elle n'établit aucune « norme canadienne en matière de santé », donc aucun niveau de service; la norme varie à travers les 13 provinces et territoires. La *Loi canadienne sur la santé*, en fait, *exclut* expressément les membres des FC à temps plein de la définition des « personnes assurées », à qui des services de santé peuvent être offerts dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Bien entendu, la santé des membres des FC est directement liée à l'état de préparation, à l'efficacité et à l'efficience de l'appareil militaire en tant que force de combat. Les membres des FC sont citoyens à part entière, et il est de notre devoir de protéger, promouvoir et rétablir leur santé conformément aux principes de la politique canadienne en matière de santé.

Le document intitulé « Principes régissant les soins de santé », qui fait partie du plan d'action, reconnaît précisément cette responsabilité et stipule que, « en temps de guerre et en temps de paix, au Canada ou à l'étranger... les Forces canadiennes offriront des soins de santé correspondant aux soins prodigués à la majorité des Canadiens. »

Le diagnostic

Le rapport de 1990 du vérificateur général a donné l'élan aux profonds changements apportés au SSFC au cours des dix dernières années. Entre autres, les auteurs du rapport voyaient d'un mauvais œil un service de santé qui, selon eux, avait évolué de manière à répondre principalement aux besoins du temps de paix des Forces canadiennes et non aux exigences du temps de guerre. Le rapport était important en ce sens que les responsables d'un examen externe et indépendant mettaient officiellement en doute la capacité des FC de répondre aux exigences opérationnelles.

Deux ans plus tard, les Forces ont effectué leur propre analyse de la situation. Elles ont confirmé les critiques du vérificateur général et constaté que le service de santé n'était toujours pas axé sur les opérations. À la même époque, on commençait à ressentir les effets d'une série de grandes compressions budgétaires dont le MDN avait fait l'objet depuis 1989 (obligeant les FC à réduire à trois leurs six hôpitaux), et il devint évident qu'il fallait modifier rapidement et considérablement le mode de prestation des services de santé et des services dentaires des Forces canadiennes. En 1994, on a lancé l'Op *Phoenix* dans l'intention de restructurer les services de santé des FC.

La majorité des services de santé des FC étaient auparavant dispensés par des spécialistes en uniforme dans des hôpitaux militaires qui offraient une vaste gamme de services. Les unités ou le personnel des services de santé militaires étaient envoyés en exercice ou à l'étranger au besoin, à

partir d'hôpitaux dotés de tous les effectifs autorisés. Il s'est avéré impossible de conserver cette capacité dans une force amputée du tiers de ses membres.

L'Op *Phoenix* visait à maintenir la prestation de services de santé de qualité, mais à confier une plus grande part des soins en garnison au réseau civil de la santé. Le SSFC a été réparti en unités afin de mieux soutenir les missions opérationnelles des FC, et le personnel médical militaire dispensait des soins en garnison en cas de nécessité seulement. Les effectifs militaires dans le secteur de la santé sont passés de plus de 3000 à 1800, puis on a fait porter leur nombre à plus de 2400 postes autorisés, des civils devant assumer le reste des fonctions au besoin.

Quoique bien conçue à l'époque, l'Op *Phoenix* n'a pas eu le succès escompté pour plusieurs raisons. Premièrement, les dirigeants supérieurs ont reconnu que des changements s'imposaient, mais ils ont négligé d'approuver un document clé qui aurait servi de fondement stratégique.

Plus importants encore sont les nombreux changements survenus dans la société et au sein des FC durant cette période mouvementée. La plupart des hypothèses qui sous-tendaient le plan de l'Op *Phoenix* ne tenaient plus. On n'avait pas prévu la réduction draconienne des budgets provinciaux consacrés à la santé; l'obtention de services du réseau civil de la santé s'est avérée plus coûteuse que prévu; le nombre d'étudiants dans les facultés de médecine est devenu insuffisant pour remplacer les médecins qui quittaient la profession; la demande de services de santé de la part des Canadiens a augmenté plus qu'on ne s'attendait; et les régions rurales où sont affectés un grand nombre de membres des FC ont été particulièrement touchées par une pénurie de spécialistes de la santé.

À la même époque, le rythme opérationnel des FC a augmenté sensiblement et les budgets ont été comprimés davantage. Un nombre supérieur de membres du personnel médical ont été affectés à des déploiements multiples. L'augmentation des affectations à des missions et à des théâtres opérationnels de plus en plus complexes a fait accroître le nombre de patients des FC et la gamme des blessures à soigner. Les questions liées à l'environnement et à l'hygiène professionnelle ont retenu de plus en plus l'attention des médias, ce qui a fait augmenter la demande de services dans ces domaines. Et avant que la solde ne soit augmentée en 1999, les médecins étaient passablement moins bien rémunérés dans les Forces qu'ils ne pouvaient l'être dans la pratique civile. Ces nombreuses sources de stress ont entraîné un taux d'attrition inacceptable dans certains groupes professionnels, ce qui a exacerbé la situation.

Le problème de commandement et de contrôle... et la solution

L'une des principales constatations de l'équipe d'examen veut qu'une « structure complexe de commandement et de contrôle » entrave la prestation des services de santé. Cela veut dire que le responsable de la

coordination de la prestation des soins en garnison n'exerce aucun contrôle sur la majorité du personnel médical militaire nécessaire à la clinique ou à l'hôpital de la base. Or, à cause de la nécessité évidente de soutenir fermement les opérations, la plupart des membres du personnel médical relèvent du Groupe médical des Forces canadiennes et des chefs d'état-major des armées (les commandants de l'Armée de terre, des Forces maritimes et de la Force aérienne). Selon le système actuel, les membres du personnel médical en uniforme sont pour la plupart affectés à des unités, à l'appui d'opérations à l'étranger, de séances d'instruction préalables et consécutives aux déploiements, de missions nationales et d'exercices d'unité. Ils sont tenus également de maintenir leurs compétences professionnelles à jour. Ces nombreuses priorités empêchent souvent le personnel médical de prêter main-forte aux établissements de santé en garnison.

En conséquence, un nombre de plus en plus restreint d'effectifs militaires de la santé peut être affecté aux soins de santé en garnison. Même si on leur confie ces tâches chaque fois que possible lorsque l'unité n'est pas en mission ni en exercice, la demande de services de santé en garnison ne diminue pas sensiblement du fait qu'une unité importante est déployée. Bien entendu, les personnes qui ont besoin de soins restent à l'unité, ce qui s'ajoute à la charge de l'établissement qui voit son personnel médical militaire rétréci. Il devient donc difficile d'assurer la continuité des soins.

Il est important de savoir qui exerce le contrôle sur les ressources médicales restreintes, et la structure actuelle comporte un trop grand nombre de patrons. La décision de placer toutes les ressources sous la direction d'un Directeur général - Services de santé (DGSS) permettra de mieux coordonner le personnel médical et les affectations dans le secteur de la santé des FC.

Les éléments médicaux de la Réserve conserveront leur propre structure de commandement, mais ils seront intégrés au Groupe médical des Forces canadiennes et relèveront du DGSS. La concentration des efforts sera possible grâce à l'unité de commandement, comme c'est le cas du modèle de la Réserve des communications. En outre, le DGSS se tournera vers un conseiller supérieur de la Réserve, au sein de la branche des services de santé, pour ce qui est des questions médicales touchant les réservistes.

Répartition du personnel médical militaire

Forces maritimes	Armée de terre	Force aérienne	GMFC	Autres (en formation)	Réserve
110	723	304	917	265	environ 1200

Qui est aux commandes?

Le Directeur général - Services de santé (DGSS), un brigadier-général, est le gestionnaire principal des services de santé des FC. À ce titre, il est responsable des normes, de la doctrine et des politiques en matière de santé et de la gestion des programmes militaires de santé. Le titulaire de ce poste exerce également les fonctions de commandant du Groupe médical des Forces canadiennes (GMFC), en quelque sorte l'unité opérationnelle du Service de santé. Le Chef - Service de santé est pour sa part le conseiller supérieur du Chef d'état-major de la Défense et des FC en ce qui concerne les services de santé. La tradition veut qu'un médecin militaire de niveau supérieur occupe les trois postes en même temps.

Les dirigeants supérieurs des FC sont d'accord avec la recommandation du Chef – Service d'examen selon laquelle le Chef – Service de santé doit obligatoirement être un médecin militaire de niveau supérieur et le DGSS doit être un professionnel de la santé d'expérience, mais pas forcément un médecin. Il est pratique courante dans les hôpitaux civils que le gestionnaire supérieur de l'organisation ne soit pas un médecin.

Le bgén Claude Auger, jusqu'à récemment chef du Service de santé, commandant du GMFC et DGSS, a entrepris en janvier le cours sur la sécurité nationale au Collège de commandement et d'état-major, à Toronto. Un officier d'administration des services de santé, le bgén Lise Mathieu (à sa promotion à ce grade), assumera les fonctions de DGSS et de commandant du GMFC le 24 janvier. Le nom d'un nouveau chef du Service de santé sera annoncé prochainement.

Gamme des services offerts

Il n'est pas facile d'établir les prestations de santé auxquelles les membres des Forces canadiennes devraient avoir droit, du fait qu'il n'existe aucune norme de référence. Le SSFC équivaut en fait au quatorzième régime de soins de santé du Canada et il est complexe : ses clients sont répartis dans des douzaines d'emplacements d'un bout à l'autre du pays et même à l'étranger. Il ne faut peut-être pas se surprendre que les membres des FC s'attendent à la même qualité de services – soit la meilleure – peu importe leur lieu d'affectation.

La norme des FC est énoncée dans le document intitulé « Services de santé garantis par les Forces canadiennes ». On y indique les indemnités et les services de santé et de soins dentaires qui sont dispensés, aux frais de l'État, aux membres des FC et aux autres personnes admissibles. On précise également dans ce document les services et les traitements qui ne sont pas financés par l'État. On peut le consulter sur les sites Internet et intranet du MDN.

Anatomie d'un groupe professionnel - le technicien en médecine préventive

Le groupe professionnel TEC MED PREV donne un aperçu intéressant de la situation actuelle et des défis que doivent relever certains groupes professionnels de la santé et plusieurs autres catégories d'emploi des FC.

Pendant nombre d'années, nous avons pris grand soin d'atténuer les effets de nos séances d'instruction et de nos activités sur l'environnement. Depuis quelque temps, nous tâchons plutôt de mieux comprendre les dangers que la contamination de l'environnement pourrait poser *à la santé humaine*. Les risques perçus par la population sont peut-être exagérés, mais on se préoccupe de plus en plus des effets sur la santé de l'exposition durant les opérations à des sols, de l'eau et de l'air insalubres ou qui pourraient devenir insalubres. C'est là qu'interviennent les TEC MED PREV, dont la tâche consiste essentiellement à prévenir les maladies, qu'elles soient naturelles ou causées par l'homme.

Le groupe professionnel des TEC MED PREV a été conçu à l'intention des Forces, et ses attributions se sont précisées au fil des ans pour répondre aux exigences des FC en contexte opérationnel et en garnison. Il n'existe aucun équivalent civil qui dispense la gamme complète des services offerts par les techniciens en médecine préventive des FC : l'inspection des aliments, de l'eau et des installations; l'hygiène du travail (qualité de l'air, sécurité générale); la lutte contre les animaux nuisibles et la végétation; la lutte contre les maladies transmissibles et l'immunisation. Ces techniciens fournissent également de précieux renseignements médicaux et effectuent des évaluations des risques en prévision de missions. Là où ils sont dispensés par des organisations civiles, ces services sont coûteux parce qu'ils font intervenir plusieurs personnes dotées de compétences différentes.

Il y a une dizaine d'années, environ 90 TEC MED PREV fournissaient des services aux bases, brigades et unités ainsi qu'aux missions de l'ONU à Chypre et sur le plateau du Golan. Depuis 1992, plus de 10 TEC MED PREV effectuent chaque année des périodes de service complètes dans le cadre d'opérations à l'étranger, et ce nombre a dépassé 20 au cours des deux dernières années en raison des diverses missions menées dans les Balkans. Ces techniciens constituent un élément important de l'Équipe d'intervention en cas de catastrophe, qui s'est déjà déployée à deux reprises. De plus, ils jouent un rôle important lors des reconnaissances en vue de nouvelles missions et effectuent des périodes de service écourtées ou des visites « au besoin » auprès de la quasi-totalité des missions actuelles, dont le nombre s'élève à plus de 20. Chaque année, environ le tiers des 63 TEC MED PREV qui restent sont affectés outre-mer à un moment donné.

Comme dans plusieurs autres groupes professionnels, les compressions d'effectifs ont fait que les sous-officiers les meilleurs et les plus expérimentés ont choisi de quitter les FC au lieu d'être reclassés. Dans un groupe professionnel qui compte 76 postes, le rythme élevé des opérations à l'échelle nationale et internationale a entraîné directement

un nombre sans précédent de libérations durant la dernière année, soit plus d'une douzaine, et l'on en prévoit plusieurs autres en 2000.

La situation est semblable dans le cas des adjoints médicaux (A MED), qui forment un groupe de relève pour les TEC MED PREV et d'autres spécialistes des services de santé, comme les techniciens de salle d'opération. Les A MED assurent une grande partie des soins de première et deuxième lignes et du soutien en garnison; ils sont plus de 1100 et comptent pour plus de la moitié des postes des services médicaux. À l'heure actuelle, il manque environ 300 A MED, et cette pénurie augmente.

Où sont les médecins?

La pénurie de médecins militaires (MM) dans les FC est en voie d'atteindre un niveau critique, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Nombre de médecins militaires dans les Forces canadiennes

Année	Capt		Maj	
	Effectif autorisé	Effectif réel	Effectif autorisé	Effectif réel
1996	136	116	48	46
1997	100	92	51	37
1998	100	97	51	33
1999	100	80	51	37
2000	100	69	51	27
2001	100	57	51	17
2002	100	36	51	7

Le taux d'attrition des MM qui terminent leur période de service obligatoire s'établit à environ 75 ou 80 p. 100 pour chacune des quatre dernières années. S'il n'y a aucune amélioration notable sur le plan du recrutement ou de la conservation du personnel, on prévoit une pénurie de plus de 70 p. 100 aux grades de capitaine et de major d'ici deux ans, ce qui nuirait grandement à la capacité des FC d'assurer à leurs membres des services médicaux suffisants.

Nombre de médecins militaires portés à l'effectif

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003

27	41	15	20	24	22	10	12	8	4

Il n'existe que deux façons de recruter des MM : payer les études de médecine ou attirer des médecins autorisés à exercer leur profession. Dans le premier cas, les frais s'élèvent à quelque 300 000 $ par personne pour cinq années d'études (plus le salaire), en échange de quatre années de service obligatoire. Les FC ne constituent pas une option particulièrement attrayante pour les MM enrôlés directement. Récemment, on a approuvé une indemnité de recrutement de 80 000 $ pour inciter les médecins autorisés à s'enrôler dans les FC. Cette prime unique permet à tout le moins aux FC d'offrir des salaires comparables à ceux que touchent les jeunes médecins. Nous devrons probablement attendre le prochain groupe de diplômés en médecine pour savoir si cette mesure d'encouragement est efficace.

Situation des groupes professionnels des services de santé

Ce ne sont pas tous les groupes professionnels du SSFC qui connaissent des pénuries de personnel. Dans certains cas, il s'agit de donner un nombre suffisant de cours plutôt que de trouver des candidats sérieux. Avec la réduction des cours professionnels et des cours de formation dans l'ensemble des FC, il faudra réinvestir des fonds pour amener du sang neuf dans certains groupes professionnels des services médicaux.

À l'heure actuelle, le SSFC compte un nombre suffisant de spécialistes, d'officiers des opérations des services de santé, d'administrateurs des soins de santé, de physiothérapeutes, de pharmaciens, d'officiers spécialistes des biosciences, d'infirmiers et infirmières, de techniciens de salle d'opération, de techniciens de laboratoire médical, de techniciens en radiologie, de techniciens biomédicaux, de techniciens en médecine aéronautique et de gestionnaires techniques des services de santé. Cependant, le SSFC n'a pas assez de médecins militaires, de travailleurs sociaux, d'A MED et de TEC MED PREV. La situation est pire encore dans la Réserve et son redressement constitue une priorité pour le conseiller de la Réserve et le DGSS.

QUESTIONS D'IMPORTANCE FIGURANT DANS LE RAPPORT

Continuité des soins

Des militaires ont exprimé la frustration qu'ils éprouvaient lorsqu'un médecin qui ne connaissait pas leur cas passait la majeure partie de la période du rendez-vous à lire leur dossier et n'avait guère le temps de penser aux prochaines étapes du traitement. La continuité des soins, c'est-à-dire voir un médecin en particulier plutôt que celui qui est de garde, revêt plus d'importance dans le cas de maladies chroniques et

moins lorsqu'il s'agit du traitement de problèmes médicaux courants et non critiques. Néanmoins, le plan d'action vise à améliorer la continuité des soins grâce à l'adoption d'un concept de clinique de base dotée d'une petite équipe de praticiens civils à temps plein, auxquels vient s'ajouter du personnel médical des FC disponible.

Catégories médicales temporaires (CMT)

Le système de catégories médicales sert à préciser les normes minimales de santé auxquelles les militaires doivent répondre pour pouvoir travailler au sein de leur groupe professionnel. Que ce soit par suite d'une blessure ou d'une maladie, il arrive parfois dans la carrière d'un militaire qu'il faille abaisser temporairement un ou plusieurs des six critères d'évaluation en deçà du minimum acceptable pour le groupe professionnel en question. L'attribution d'une CMT éloigne le militaire du milieu opérationnel pour sa propre sécurité et celle de son unité et lui permet de recevoir des soins médicaux appropriés et, idéalement, de recouvrer un état de santé acceptable.

L'étude des services médicaux a révélé que les patients sont peu renseignés et sensibilisés au sujet des CMT, que les militaires se méfient du processus à cause des effets possibles sur leur carrière et que ceux qui reçoivent une CMT se sentent souvent rejetés par leurs collègues et quelquefois par leurs supérieurs. En outre, les médecins militaires subissaient souvent la pression des commandants à l'égard des décisions relatives aux CMT. L'étude a montré que les commandants veulent le bien du patient mais qu'ils sont frustrés du fait d'avoir à remplir la mission opérationnelle avec des ressources plus limitées.

Selon le plan d'action, le concept des CMT est bien fondé, mais il faut en améliorer l'administration. L'équipe d'examen a également recommandé que des renseignements supplémentaires sur les CMT soient communiqués à tout le personnel.

Médecin de compagnie ou défenseur des droits des patients?

Les médecins militaires font souvent face au dilemme fondamental que présentent les intérêts parfois conflictuels de leur patient et de leur employeur. Un sondage mené aux fins de l'examen des services médicaux a indiqué que 85 p. 100 des MM ont fait l'objet de pressions silencieuses et culturelles de la part de la chaîne de commandement afin que soient prises, à l'égard d'un militaire, des mesures qui allaient à l'encontre de la recommandation du MM. Par conséquent, certains militaires ont l'impression que les visites chez un médecin militaire pourraient mettre fin à leur carrière; ils craignent que leur état ou situation ne soit soumis à un conseil de médical de révision des carrières et que s'ensuive leur libération aux termes de la politique concernant l'universalité du service.

En décembre dernier, les hauts dirigeants des FC ont reconnu que seul

un professionnel de la santé pouvait modifier les restrictions médicales et que la politique régissant l'universalité du service était appliquée d'une façon trop stricte. Ils se sont d'ailleurs engagés à la modifier prochainement. En outre, il a été convenu que le *droit de la chaîne de commandement de connaître l'information relative à un patient va jusqu'à connaître les restrictions d'emploi et les grandes lignes du plan de traitement, mais pas le diagnostic.* Cela signifie, par exemple, que le commandant du soldat Untel a seulement besoin de savoir que celui-ci ne peut pas soulever des charges de plus de 20 kilogrammes pendant deux semaines et aura besoin de physiothérapie durant cette période.

En vertu de la *Loi sur la défense nationale*, les commandants ont le droit de connaître les limites de leur personnel qui, sur le plan physique ou mental, peuvent empêcher l'accomplissement de la mission. Somme toute, la chaîne de commandement est responsable de la santé des membres des FC, et les soins de santé sont assurés par l'entremise du Directeur général - Services de santé.

Le plan d'action reconnaît que les pourvoyeurs de soins médicaux des FC ont une responsabilité inhérente envers leurs patients, dont ils se doivent de défendre les droits. Ils sont également responsables d'informer les commandants des restrictions d'emploi touchant leur personnel. On s'affaire à remanier un Ordre du Service de santé des Forces canadiennes afin de clarifier les circonstances dans lesquelles l'information des médecins et des travailleurs sociaux peut être communiquée, entre autres, aux commandants, aux organismes d'enquête, aux avocats, aux organismes venant en aide à un militaire qui demande une pension, et aux particuliers.

Gestion des dossiers médicaux

Étant donné la mobilité des membres des FC, l'augmentation des déploiements opérationnels et l'emploi des réservistes, les difficultés liées à la gestion manuelle des dossiers médicaux et la nécessité d'assurer une qualité uniforme de soins de santé dans tous les emplacements des FC, il est clair que le SSFC doit disposer d'un système perfectionné d'information sur la santé. En outre, vu le recours accru au réseau civil de soins de santé, un nombre de plus en plus grand de soins courants sont fournis à l'extérieur des FC. Or, les dossiers médicaux des militaires portent la cote Protégé B et sont traités en conséquence, mais il s'agit d'une pratique incompatible avec le système civil.

En ce moment, nous mettons au point un important projet de technologie de l'information afin de régler cette situation et nous examinons des moyens qui permettraient de faire face aux questions de confidentialité entourant le traitement des dossiers médicaux.

CF 98

La CF 98 est la formule sur laquelle est consignée une blessure ou une

maladie découlant des fonctions militaires. Il faut fournir ce document important pour demander une pension. Parfois, la formule est remplie sans être versée au dossier médical du militaire. Il arrive aussi qu'elle soit mal classée ou perdue ou qu'elle ne soit pas remplie du tout. Plusieurs raisons expliquent pourquoi une CF 98 n'est pas toujours versée au dossier, mais la crainte que les FC ou le gouvernement aient à verser des sommes encore plus élevées aux fins des pensions ne compte pas parmi ces raisons!

Dans de nombreux cas, la blessure n'est pas jugée assez importante pour justifier la présentation d'une CF 98, ou encore la maladie est apparue graduellement, si bien que la formule n'est pas employée comme elle l'aurait été s'il s'était produit un incident ou un événement traumatique. Vu qu'il existe un certain nombre de problèmes de cet ordre, les changements apportés récemment devraient aider considérablement. La formule CF 98 qui a été révisée et qui vient d'entrer en vigueur n'exige plus l'intervention du personnel des services de santé. Maintenant, le militaire et son commandant sont tous deux chargés de remplir la formule, qui est ensuite envoyée au Centre du MDN et d'Anciens Combattants Canada, qui consigne les renseignements au cas où le militaire en aurait besoin à un moment donné.

INITIATIVES EN COURS

Programme d'aide aux membres des FC

Ce service sans frais, qui fonctionne 24 heures par jour et 7 jours par semaine, offre un soutien psychologique et émotionnel aux membres des FC et à leurs familles, et il accorde une attention particulière aux militaires qui ont été victimes de harcèlement en général, de harcèlement sexuel ou d'une agression sexuelle. Le PAMFC s'adresse aux membres de la Force régulière et de la Première réserve et à leurs familles, ainsi qu'aux membres du Cadre des instructeurs de cadets, aux Rangers canadiens et aux cadets lorsque le problème est lié au service militaire

Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels

Cliniques médicales régionales de soins post-déploiement

L'automne dernier, des CSTSO ont été établis à Halifax, Valcartier, Ottawa, Edmonton et Victoria. Ils sont chargés d'apporter un soutien aux personnes qui souffrent d'une maladie ou de réactions normales entraînées par des situations anormales auxquelles elles ont été confrontées lors d'opérations. Les services principaux sont fournis par les cinq personnes affectées à chaque Centre, c'est-à-dire un psychiatre, un psychologue, un travailleur social, une infirmière en santé mentale et un aumônier. Le personnel en question fait appel à d'autres spécialistes au besoin. En outre, des cliniques médicales régionales de soins post-déploiement, situées dans les mêmes bases que les CSTSO,

diagnostiquent et traitent des maladies qui résultent de déploiements au Canada ou à l'échelle internationale. Il s'agit de cliniques spécialisées qui examinent et qui soignent les vétérans malades de la guerre du Golfe.

Guide d'information

En avril 2000, un guide d'information intitulé « Explication des soins de santé et modes d'accès » sera fourni à tous les membres des FC à temps plein. Le guide décrit les prestations et services de soins de santé qui sont financés par l'État et fournit des directives sur la façon d'obtenir des soins.

Carte santé des FC

À compter d'avril 2000, tous les membres des FC à temps plein recevront une carte santé personnalisée qui devrait améliorer les procédures administratives et les services reçus par les militaires dans le cadre des divers régimes civils de soins de santé au Canada.

La carte santé améliorera l'accès des militaires aux services de santé dans les cas où le coordonnateur des soins de santé et des soins dentaires des FC fera une recommandation dans ce sens, mais elle ne donnera pas aux militaires la possibilité d'obtenir des soins là où ils le veulent. Les FC demeureront le principal pourvoyeur de soins et elles dirigeront des militaires vers des établissements civils de soins de santé lorsque cela s'avérera nécessaire. Les seules exceptions à cette règle sont les situations d'urgence où il n'est pas pratique ni prudent de faire appel à des établissements de soins de santé des FC.

Durant la période visée par leur contrat, les réservistes en service de classe C sont *de facto* transférés à la Force régulière. Ils recevront donc une carte. Les autres membres de la Réserve (en service de classe A ou B) ne recevront pas de carte, puisqu'ils sont couverts par le régime de soins de santé de leur province. Le MDN est tenu de fournir uniquement des soins d'urgence aux réservistes en question, à l'exception de ceux qui sont en service de classe B pendant plus de 180 jours et qui ont droit à des prestations de santé prolongées. Les membres des FC visés, qui sont peu nombreux, seront inscrits au système individuellement. L'admissibilité des réservistes aux soins de santé est une question extrêmement complexe que le bureau de projet traitera en priorité et soumettra à un examen approfondi avant que le plan ne soit entièrement mis en oeuvre.

Ligne d'information sur la santé

À compter d'avril 2000, les militaires pourront composer, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, un numéro sans frais afin d'obtenir des conseils sur les soins de santé et de l'information générale sur la santé, y compris des lignes directrices sur les endroits qui fournissent des services de santé et les moyens à prendre pour en obtenir. Le numéro de

téléphone sera inscrit au recto de la carte santé. Les membres des FC éviteront ainsi de se rendre à un centre de santé pour apprendre qu'il est fermé ou qu'il ne peut fournir le service exigé.

Centre du MDN et d'ACC

Le Centre du MDN et d'Anciens Combattants Canada pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leur famille est la principale organisation des FC avec laquelle il faut entrer en communication pour obtenir de l'assistance et de l'information sur les services et les politiques concernant les blessures subies par les militaires dans l'exercice de leurs fonctions. Le service d'information sans frais du Centre (1-800-883-6094) a reçu des milliers d'appels depuis son établissement en avril 1999. Pour plus amples renseignements, veuillez consulter le site www.dnd.ca/hr/thecentre

PRINCIPAUX CHANGEMENTS À VENIR

Quels seront les effets probables des changements sur les membres des FC?

- Les soins primaires seront confiés de plus en plus à des médecins civils engagés à forfait. Il en résultera une stabilité accrue du personnel et une meilleure continuité des soins. Les FC ne peuvent cependant « fabriquer » des pourvoyeurs de soins de santé, et les insuffisances demeureront une source de préoccupation, étant donné le recours accru au système de soins de santé civil, qui subit lui-même des pressions de plus en plus grandes.
- Un concept de clinique sera créé pour répondre aux normes civiles d'agrément médical et comportera un gestionnaire à temps plein, un personnel affecté à la réception et aux rendez-vous et un personnel spécialisé en matière d'archives médicales. Des militaires offriront leurs services à ces cliniques, dans la mesure où ils seront disponibles.
- Les militaires bénéficieront d'un meilleur accès à l'information sur les indemnités de santé et sur les endroits où ils pourront obtenir des soins de santé.
- Le personnel des FC aidera à rédiger la partie médicale d'une demande présentée par un militaire aux Anciens Combattants. Ce service en est encore à l'étape de la mise sur pied et n'est pas offert actuellement.
- On attendra des militaires qu'ils soient davantage responsables de leur santé. Cela signifie que chaque personne devra s'efforcer d'être en bonne santé et de le rester, de signaler tout problème de santé et d'obtenir les soins nécessaires en temps opportun, d'être honnête en faisant état d'un problème de santé et de participer activement à la mise au point de son plan de traitement individuel.

Menu salle de presse | Recherche | Aide | English | Comments | Menu principale D-NET

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.